



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO  
CHECK-LIST DE ALTA SEGURA  
(POR FAVOR COLOCAR NA PRIMEIRA FOLHA DO PRONTUÁRIO)



NOME:	DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___		IDADE:
NOME DA MAE:	ANTECEDENTES:		
DIAGNÓSTICO:	ENF:	LEITO:	PREVISÃO DE ALTA: ___/___/___

DEIXAR ESSE CHECK-LISK SEMPRE NA PRIMEIRA FOLHA DO PRONTUÁRIO

1. ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL (48 horas)		AÇÃO INICIADA?	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
1.1 Paciente em situação de rua com solicitação de abrigo atendida?					
1.2 Paciente com pendência de documentação resolvida?					
1.3 Paciente referenciado para o CRAS, CREAS, Conselho tutelar, defensoria pública? Outros: _____					
1.4 Paciente ou Acompanhamento encaminhado ao acompanhamento psicológico da Atenção Primária ou CAPS?					
2. FONOAUDIOLOGIA		AÇÃO INICIADA?	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
2.1 Paciente encaminhado para acompanhamento com serviço de Fonoaudiologia da Atenção Primária?					
2.2 Alta da reabilitação fonoaudiológica?					
2.3 Encaminhamento ao ambulatório de disfagia?					
3. FISIOTERAPIA		AÇÃO INICIADA?	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
3.1 Realizada educação para o acompanhante sobre "Aspiração de TQT/vias aéreas"					
3.2 Realizada educação sobre movimentação ativa de paciente com inclusão da prevenção de LPP					
3.3 Encaminhamento ao acompanhamento de fisioterapia da atenção básica					
4. NUTRIÇÃO		AÇÃO INICIADA?	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
4.1 Paciente encaminhado ao acompanhamento nutricional pelo CERNUTRI?					
4.2 Paciente liberado com fórmula para 3 dias?					
4.3 Paciente recebeu orientações sobre os cuidados nutricionais com SNG/SNE/GTT e outras ostomias?					
4.4 Paciente recebeu os itens previstos para o cuidado nutricional em casa?					
4.4 Paciente recebeu orientações sobre alimentação e hidratação orientadas conforme a idade?					
5. ENFERMAGEM		AÇÃO INICIADA?	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
5.1 Realizado orientações sobre os cuidados com as ostomias?					
5.2 Realizado orientação sobre o cuidado com a Sondas?					
5.3 Realizado orientação sobre o cuidado com DVE/DVP?					
5.4 Realizado orientação sobre o cuidado com os curativos?					
5.5 Realizado orientação quanto a atualização do cartão de vacina quando houver necessidade?					
5.6 Realizado orientação sobre higiene e cuidados?					
6. ODONTOLOGIA		AÇÃO INICIADA?	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
6.1 Avaliação clínica final realizada?					
6.2 Problemas odontológicos avaliados como críticos necessitando de tratamento ou intervenção antes da alta?					
6.3 Informações sobre cuidados com a higiene bucal e sobre alimentação com excesso de açúcar pós-alta foram explicados e entregues ao responsável?					
6.4 Prescrição odontológica, se aplicável, foi entregue?					
6.5 Informações sobre risco de reinfeção odontológica ou eventuais complicações explicadas e entregues ao responsável?					
6.6 Encaminhado para o serviço especializado? Qual? _____					
6.7 Agendamento de retorno odontológico ambulatório foi realizado e entregue?					
7. FARMÁCIA		AÇÃO INICIADA?	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
6.1 Avaliação clínica final realizada?					
6.2 Problemas odontológicos avaliados como críticos necessitando de tratamento ou intervenção antes da alta?					
7. MEDICINA		AÇÃO INICIADA?	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
7.1 Estabilidade clínica há mais de 24h confirmada por avaliação médica?					
7.2 Ausência de febre por mais de 24h (sem antitérmicos)?					

